



Universidade de Brasília - UNB
Faculdade de Ciências da Saúde - FS
Departamento de Nutrição

JÉSSICA VASCONCELOS RIBEIRO

**MANUAL INSTRUCIONAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM
NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA (FASE I)**

Brasília – DF

2015

JÉSSICA VASCONCELOS RIBEIRO

**MANUAL INSTRUCIONAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM
NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA (FASE I)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília como requisito parcial à aprovação em curso de graduação em Nutrição para obtenção do título de Nutricionista.

**Orientadora: Prof^a. Regina Coeli de Carvalho
Alves**

Brasília – DF

2015

MANUAL INSTRUCIONAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM NUTRIÇÃO
PEDIÁTRICA (FASE I)

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília,
como requisito parcial para conclusão do curso de Nutrição.**

Aprovado em 03 / 07 / 2015

Prof^a. Regina Coeli de Carvalho Alves
Universidade de Brasília
Orientadora

Dedico este trabalho à minha filha, Isabela, que ao vir ao mundo me ensinou o que é o amor e fez com que aflorasse o gosto pela nutrição infantil.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem por finalidade ser um instrumento de busca e auxílio aos profissionais e alunos de nutrição que atuam no Ambulatório de Nutrição Pediátrica - Atenção Básica em Pediatria. Foi elaborado na forma de um Manual que engloba mais que apenas rotinas de atendimento, o que permitirá a padronização das condutas e melhora no serviço. A partir de uma investigação bibliográfica foram elaborados seis capítulos que abordam o atendimento nutricional ambulatorial em pediatria incluindo a comunicação em saúde, a avaliação antropométrica e estado nutricional da criança, além do aleitamento – materno e artificial - e alimentação complementar, sendo finalizado pela legislação pertinente à atuação profissional. Para que futuramente possa ser utilizado, este material ainda deverá passar por validação, revisão e diagramação.

Palavras-chave: Manual; Nutrição Pediátrica; Nutrição infantil; Atenção Básica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Características das curvas de ganho de peso por idade..... | 19 |
| Figura 2 – Pega correta ao amamentar..... | 23 |
| Figura 3 – Retirada do mamilo com o dedo mindinho no canto da boca do bebê..... | 23 |
| Figura 4 - Massagem para mamilos planos e invertidos..... | 25 |
| Figura 5 – Ordenha manual..... | 26 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Classificação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos para cada índice antropométrico..... | 17 |
| Quadro 2 – Ganho de peso esperado para um prematuro após idade corrigida..... | 20 |
| Quadro 3 – Textura, frequência e quantidade da refeição complementar de acordo com a idade..... | 28 |
| Quadro 4 – Reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses..... | 33 |
| Quadro 5 – Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida para crianças que não podem ser amamentadas..... | 34 |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 | METODOLOGIA | 10 |
| 3 | MANUAL INSTRUCIONAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA | 11 |
| 3.1 | CAPÍTULO 1 - ATENDIMENTO NUTRICIONAL AMBULATORIAL EM PEDIATRIA | 11 |
| 3.1.1 | Orientações Nutricionais..... | 13 |
| 3.1.2 | Orientações Sobre Higiene Bucal..... | 14 |
| 3.1.3 | Comunicação em Saúde | 14 |
| 3.2 | CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA | 16 |
| 3.3 | CAPÍTULO 3 - ALEITAMENTO MATERNO | 20 |
| 3.3.1 | Amamentação | 21 |
| 3.3.2 | Ordenha ou Expressão Manual do Leite | 25 |
| 3.3.3 | Práticas Alimentares Maternas Durante a Amamentação | 27 |
| 3.4 | CAPÍTULO 4 - ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR..... | 28 |
| 3.5 | CAPÍTULO 5 - ALEITAMENTO ARTIFICIAL | 31 |
| 3.6 | CAPÍTULO 6 - LEGISLAÇÃO | 35 |
| 3.6.1 | Ética Profissional | 35 |
| 3.6.2 | Proteção Legal ao Aleitamento Materno..... | 36 |
| 4 | CONCLUSÃO | 37 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 39 |

1. INTRODUÇÃO

Já nos primeiros instantes de vida, a alimentação está ligada a emoções, simbolismos e é influenciada por fatores socioeconômicos e culturais. Com o passar do tempo o ato de alimentar-se gera o estabelecimento de relações e escolhas. Inicia-se um processo de identificação ou não com os modelos familiares e de outras pessoas, sendo cada um responsável por adaptar-se aos padrões estabelecidos como saudáveis e a novos hábitos, horários e estilos de vida (VITOLLO, 2008).

A maioria dos hábitos alimentares de uma pessoa adulta são construídos nos primeiros anos de vida, sendo aprendidos pela experiência, observação e educação. Por tal motivo, é importante que desde a infância haja a correta formação dos hábitos alimentares, permitindo que a criança cresça e se desenvolva normalmente. Espera-se que estes hábitos sejam mantidos ao longo da vida para o favorecimento da saúde, prevenindo o surgimento de diversas doenças crônicas degenerativas na idade adulta (MARIN, BERTON e SANTO, 2009).

O tipo de aleitamento recebido nos primeiros anos de vida, o modo como a alimentação complementar foi introduzida e as experiências (boas e ruins) referentes à alimentação na infância são capazes de modificar a formação dos hábitos alimentares e preferências da criança, mesmo sabendo que estas sofrem influência genética. Os hábitos familiares e condição socioeconômica, também são fatores determinantes neste processo. Por isso, as recomendações nutricionais devem aliar o bem estar físico, emocional e social da criança. O

conhecimento correto e atualizado sobre a alimentação infantil também é essencial para a avaliação e a orientação adequadas (VITOLLO, 2008).

As ações de alimentação e nutrição na esfera da Atenção Básica buscam a ampliação da qualidade dos planos de intervenção, em especial nas doenças crônicas não transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação, evidenciando que a promoção de práticas alimentares saudáveis é um item de grande importância em todas as fases da vida (MANCUSO et al., 2012). A atuação do nutricionista na atenção primária à saúde deve se pautar pelo compromisso e pelo conhecimento técnico da realidade epidemiológica, das estratégias e das ferramentas de ação em saúde coletiva (CFN, 2008).

No atendimento clínico ambulatorial em nutrição, o nutricionista deve atuar pautado no saber técnico, mas este não deve ser aplicado isoladamente. Para que os conhecimentos sejam passados adiante é preciso utilizar a educação nutricional, não apenas através de materiais e outros recursos didáticos, mas a partir do exercício da empatia, onde o profissional precisa enxergar o outro, conhecê-lo, entendê-lo para assim intervir (CAVALCANTI, 1976; BOOG, 1997).

O presente trabalho, elaborado na forma de Manual, visa ser um instrumento de apoio para os profissionais e discentes – profissionais em formação – que atuam no Ambulatório de Nutrição, e trabalham com essa faixa etária, fornecendo orientações e subsídios técnicos, buscando a padronização do atendimento e das condutas proporcionando a melhora no atendimento. Ele reúne, de forma sistematizada, rotinas, procedimentos e normas. Tem por finalidade esclarecer dúvidas, constituindo um instrumento de consulta devendo

ser submetido à análise crítica e constantemente atualizado. Contudo, as orientações aqui contidas, não devem substituir o atendimento nutricional individualizado, onde o nutricionista tem todo o conhecimento científico para determinar as necessidades nutricionais de cada indivíduo dentro das condições de vida do paciente.

Justificativa: A falta de materiais voltados especificamente ao ambulatório de Atenção Básica em nutrição pediátrica contendo informações que vão além de rotinas de atuação impulsionou o desenvolvimento do presente trabalho de conclusão de curso.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho visa, por meio de uma investigação bibliográfica, elaborar um manual instrucional com seis capítulos destinados ao profissional ou estudante de nutrição.

O primeiro capítulo trata do atendimento nutricional ambulatorial em pediatria e inclui rotinas e a comunicação em saúde; o segundo aborda a avaliação antropométrica e estado nutricional; o terceiro, o aleitamento materno; o quarto mostra a alimentação complementar do lactente; o quinto é sobre o aleitamento artificial; e o sexto aborda as Legislações sobre ética profissional assim como licença maternidade e paternidade, além da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).

Para a concretização do trabalho, realizou-se pesquisa nas bases de dados SciElo e Lilacs, entre abril de 2014 e junho de 2015, utilizando-se como palavras-chave os termos “manual instrucional”, “alimentação complementar” e

“aleitamento materno”. Também houve consulta a legislação brasileira, bem como programas governamentais relativos à amamentação e alimentação de crianças menores que dois anos, manuais da Sociedade Brasileira de Pediatria e ainda livros de referência.

A aplicação e validação do manual não fazem parte deste estudo.

3. MANUAL INSTRUCIONAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA

3.1 CAPÍTULO 1 - ATENDIMENTO NUTRICIONAL AMBULATORIAL EM PEDIATRIA

O grau de informação que a mãe ou cuidador possui sobre o quadro de saúde e evolução da criança está intimamente ligado à qualidade da atenção recebida e indica a preocupação do profissional em torná-la(o) atuante. Para que a consulta de nutrição seja produtiva esta deve seguir alguns procedimentos básicos como:

- **Leitura do prontuário:** Com isso é possível conhecer a razão do encaminhamento ao setor de nutrição, além da história social e pregressa da criança;
- **Avaliação antropométrica:** Preencher os gráficos de crescimento presentes no prontuário, bem como realizar os cálculos antropométricos pertinentes à situação permitem a análise da evolução da criança, por meio da observação de inclinação das curvas;
- **Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança** e esclarecimento de sua interpretação ao responsável pela criança;

- **Conhecimento de alguma intercorrência** anterior ou no momento da consulta e se houve evolução desde o ultimo atendimento no serviço;
- **Anamnese alimentar:** Deve ser a mais completa possível, feita através de Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e Inquérito de ingestão habitual detalhando-se o horário, refeição, alimentos (inclusive líquidos como sucos, fórmulas lácteas, entre outros), forma de preparo, quantidade e frequência da utilização dos alimentos. Caso a criança ainda esteja sendo amamentada também é importante saber a frequência e duração das mamadas. Todas as orientações devem ser dadas apenas ao final da consulta, portanto este momento é apenas destinado ao relato da mãe ou cuidador;
- **Verificação do uso de medicamentos e/ou de suplementos vitamínico-minerais** (tipo e dosagem);
- **Função intestinal** (frequência das evacuações e consistência das fezes);
- **Verificação de exames clínicos** (caso haja) e dados complementares;
- **Impressão diagnóstica:** Descrever resultados da avaliação antropométrica, do consumo alimentar e presença de intercorrências ou de situações relevantes;
- **Conduta:** Apresentar a orientação alimentar realizada, fornecendo detalhes relevantes para modificações dietéticas futuras (como introdução da alimentação complementar ou evolução de consistência, por exemplo) e referir a prescrição de suplementos nutricionais quando necessário. A conduta deverá ser explicada à mãe ou cuidador e através de perguntas confirma-se a correta compreensão das informações fornecidas;

- **Registro de atendimento:** É importante a manutenção de uma rotina de registro dos atendimentos realizados, contendo informações relevantes sobre o paciente e a consulta (LACERDA, 2002).

3.1.1 Orientações Nutricionais

De acordo com a idade da criança algumas orientações devem ser apresentadas, principalmente pelo tempo decorrido entre uma consulta e outra. Até que o bebê complete 6 meses de vida a mãe ou responsável deve ser orientado quanto ao aleitamento materno exclusivo, ou seja, sem água, chás, sucos ou quaisquer outros alimentos até o sexto mês. Também é essencial informar sobre os benefícios do aleitamento tanto para a mãe quanto para a criança.

Ao completar 6 meses a orientação é voltada à introdução da alimentação complementar saudável e na consistência correta, sem a oferta de açúcares, bebidas adoçadas, frituras, embutidos e afins, e sobre a inclusão da água. Assim como estimular a prática do aleitamento materno complementado até os dois anos ou mais e o consumo de alimentos fonte de ferro e vitamina A. É necessário instruir o responsável que os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados separadamente.

A orientação aos 9 meses de vida segue os mesmos princípios anteriores, sendo que a criança não deve receber açúcares, bebidas adoçadas, frituras, embutidos até que complete, no mínimo, 2 anos. A mãe deve ser estimulada a seguir com a amamentação complementar até os dois anos ou mais e também se deve orientar que a partir do 10º mês de vida a criança já pode receber a comida preparada para a família (desde que essa seja saudável);

Por fim, dos 12 aos 18 meses de vida continua sendo importante lembrar à mãe sobre a prática do aleitamento materno complementar até os dois anos.

3.1.2 Orientações Sobre Higiene Bucal

A higiene bucal deve ser feita desde o nascimento com gaze ou fralda de pano limpa umedecida em água filtrada ou fervida após cada refeição ou administração de xaropes. Quando os dentes de leite da frente começarem a nascer o procedimentos de limpeza continuam os mesmos.

Apenas quando os dentes de trás despontarem a escovação pode ser feita com escova apropriada para faixa etária com creme dental sem flúor. Os pais devem realizar o procedimento até que a criança aprenda a cuspir e escovar os dentes corretamente.

3.1.3 Comunicação em Saúde

Os profissionais de saúde são, muitas das vezes, treinados apenas para diagnosticar problemas e tratá-los. Contudo, é preciso que desde o processo de formação eles sejam capazes de fazer mais do que fornecer informações. É necessário que se estimule uma boa comunicação, pois o contexto interno das experiências anteriores vivenciadas pelo profissional pode criar expectativas, preconceitos e representações culturais que influenciam a relação com o paciente (RAMOS, 2008).

Estabelecer uma boa comunicação significa que existe consideração, por parte do nutricionista, pelos pensamentos, crenças e cultura da mãe ou do responsável. A comunicação pode ser tanto verbal quanto não-verbal e ambas são igualmente importantes. Por tal motivo é preciso exercitar as duas de maneira

que a mãe se sinta mais confiante e calma durante o atendimento (ENPACS, 2010).

Para que uma boa comunicação não verbal seja bem estabelecida algumas estratégias podem ser utilizadas como:

- Sentar no mesmo nível e próximo à mãe removendo barreiras físicas;
- Sempre prestar atenção ao que a mãe ou responsável está informando e demonstrar assentindo com a cabeça ou com outros gestos adequados;
- Não apressar a conversa e ficar olhando para o relógio;
- Pedir permissão à mãe antes de pegar em seu bebê ou caso seja necessário tocar em suas mamas.

Já para facilitar a comunicação verbal é preciso estimular a mãe a conversar, dessa forma não será necessário fazer perguntas demais. Isso pode ser feito a partir de perguntas abertas, geralmente iniciadas com “Como...? O que...? Quando...? Onde...? Por que...?” evitando sempre expressões que envolvam julgamento. Assim a mãe ou cuidador não tende a procurar uma resposta correta ou abreviada como “sim” ou “não” (ENPACS, 2010).

Ainda, outro princípio fundamental, é o exercício da empatia para demonstrar que tenta entender os sentimentos (bons e ruins) da mãe aceitando o que ela pensa e sente, reconhecendo o que está fazendo de forma correta através de elogios, percebendo quando a mãe precisa de ajuda prática no momento da consulta, fornecendo apenas as informações relevantes no momento com uma linguagem de fácil entendimento e acompanhamento contínuo, seja através da marcação de novas consultas, encaminhamento a grupos ou a outro especialista caso necessário, sempre estando à disposição para esclarecimentos de novas dúvidas (ENPACS, 2010).

Através de habilidades de comunicação em saúde bem empregadas, a mãe sente-se confiante o que pode ajudá-la a tomar decisões e a resistir a pressões de outras pessoas.

3.2 CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A partir da antropometria é possível a avaliação do peso, da estatura e de outras medidas do corpo humano. Ela representa um importante recurso para a avaliação do estado nutricional e oferece dados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças.

Crianças menores de 2 anos devem ser pesadas e medidas sempre completamente despidas e na presença da mãe ou do responsável, pois estes devem auxiliar na retirada da roupa da criança e na tomada da medida. É ideal utilizar uma balança pediátrica ou “tipo bebê e cautela ao pesar crianças pequenas, a fim de se evitar acidentes. A medida de estatura é feita pelo comprimento, que é a distância que vai da sola dos pés ao topo da cabeça, comprimindo os cabelos. Para isso a criança deve estar na posição deitada, também é necessário retirar os sapatos e adereços de cabelo para que não interfiram na tomada da medida.

As crianças maiores de 2 anos já podem ser pesadas em balança plataforma e devem ser pesadas descalças e com roupas bem leves, de preferência apenas com calcinha, short ou cueca, na presença da mãe ou do responsável. Como já conseguem se manter em pé, é aferida a altura da criança na posição de pé, encostada numa parede ou por antropômetro vertical.

Para a avaliação do estado nutricional nessa fase da vida, são utilizados índices e não apenas as medidas brutas de peso e estatura. Os índices

antropométricos podem ser expressos em percentis ou em escores-z. Os mais utilizados por recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde para a avaliação do estado nutricional são:

- **Peso por idade (P/I):** É o índice utilizado para avaliação de baixo peso. É adequado para o acompanhamento do ganho de peso e reflete a situação global da criança, contudo deve ser complementado por outro índice, pois não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos pregressos ou crônicos.
- **Peso para Estatura (P/E):** É utilizado tanto para identificar o emagrecimento da criança, como o excesso de peso.
- **Índice de Massa Corporal (IMC) por idade (IMC/I):** É utilizado para identificar o excesso de peso entre crianças.
- **Estatura para idade (E/I):** É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança.

Quadro 1. Classificação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos para cada índice antropométrico.

| VALORES CRÍTICOS | | ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS | | | |
|------------------|--------------|---|--------------------|-------------------|-----------------------------|
| | | PESO POR IDADE | PESO PARA ESTATURA | IMC POR IDADE | ESTATURA PARA IDADE |
| <Percentil 0,1 | <Escore-z -3 | Muito baixo peso para | Magreza acentuada | Magreza acentuada | Muito baixa estatura para a |

| | | a idade | | | idade |
|--|--|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| \geq Percentil 0,1 e <Percentil 3 | \geq Escore-z -3 e <Escore-z -2 | Baixo peso para a idade | Magreza | Magreza | Baixa estatura para a idade |
| \geq Percentil 3 e <Percentil 15 | \geq Escore-z -2 e <Escore-z -1 | Peso adequado para a idade | Eutrofia | Eutrofia | Estatura adequada para a idade |
| \geq Percentil 15 e \leq Percentil 85 | \geq Escore-z -1 e \leq Escore-z +1 | | Risco de sobrepeso | Risco de sobrepeso | |
| >Percentil 85 e \leq Percentil 97 | >Escore-z +1 e \leq Escore-z +2 | | | | |
| >Percentil 97 e \leq Percentil 99,9 | >Escore-z +2 e \leq Escore-z +3 | Peso elevado para a idade | Sobrepeso | Sobrepeso | |
| >Percentil 99,9 | >Escore-z +3 | | Obesidade | Obesidade | |

Fonte: Adaptado de (OMS, 2006)

Para correta avaliação dos índices é preciso saber com precisão a idade da criança em anos, meses e dias de vida. Como as curvas têm informações em meses é preciso fazer uma padronização da idade a partir de aproximação da seguinte maneira:

- Fração de idade até 15 dias: aproxima-se a idade para baixo, isto é, para o mês já completado.
- Fração de idade igual ou superior a 16 dias: aproxima-se a idade para cima, ou seja, para o mês a ser completado.

No caso da criança pré-termo deve-se ainda efetuar a correção da idade até que ela complete dois anos:

- Idade corrigida (IC) = idade cronológica - (40 - idade gestacional)

Após inserir as informações nos gráficos, segue a análise principalmente da curva de ganho de peso por idade que é o melhor indicador do estado nutricional em crianças menores de 1 ano.

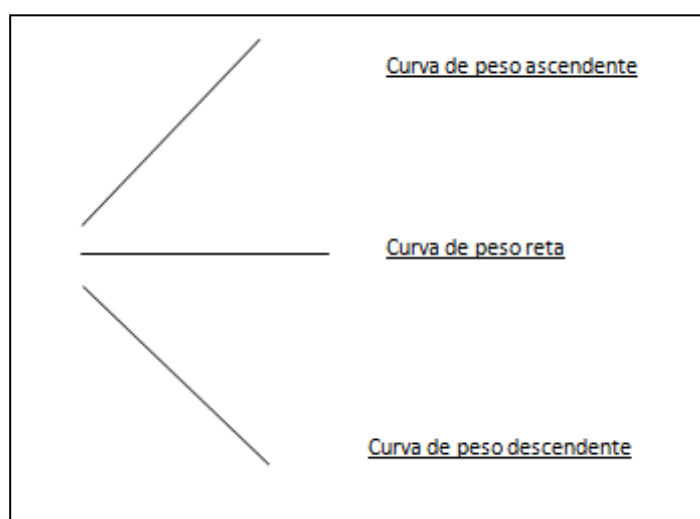


Figura 1. Características das curvas ganho de peso por idade

Uma curva ascendente indica velocidade de ganho de peso adequada, já uma curva reta a diminuição da velocidade e a curva descendente o processo inicial de desnutrição, em que provavelmente houve perda de peso da criança por doença ou mudança na prática alimentar (VITOLLO, 2008).

O ganho de peso diário de uma criança entre 0 e 6 meses deve ser maior que 20g/dia (ou 600g/mês) e entre 6 e 12 meses maior que 15g/dia (400g/mês). Para os bebês prematuros o ganho de peso esperado deve ser o seguinte:

Quadro 2. Ganho de peso esperado para um prematuro após idade corrigida.

| IDADE PÓS NATAL CORRIGIDA | GANHO DE PESO DIÁRIO MÉDIO ESPERADO | GANHO DE PESO DIÁRIO MÍNIMO ESPERADO |
|------------------------------|--|---|
| Até 3 meses | 30g/dia | 20g/dia |
| 3 a 6 meses | 25g/dia | 15g/dia |
| 6 a 9 meses | 15g/dia | 10g/dia |
| 9 a 12 meses | 10g/dia | 5g/dia |

Fonte: Euclides, 2005

Para a avaliação do recém-nascido, além das informações citadas anteriormente deve-se analisar as condições de gestação e nascimento (a termo, pré termo, baixo peso). Segundo classificação da OMS (1997) o baixo peso ao nascer caracteriza-se em crianças que nasceram com menos de 2,5Kg, o muito baixo peso de 1,5 a 1Kg de nascimento e extremo baixo peso com menos de 1Kg. Lembrando pode haver uma perda ponderal fisiológica de 3 a 10% na primeira semana de vida.

Com relação ao peso ao nascer pela idade gestacional do recém-nascido é necessária a seguinte classificação: Adequado para idade gestacional (AIG); Pequeno para a idade gestacional (PIG); e Grande para idade gestacional (GIG).

3.3 CAPÍTULO 3 - ALEITAMENTO MATERNO

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. O leite materno sozinho é capaz de garantir a nutrição adequada da criança até os seis meses de vida.

Segundo a OMS (2007) e o Ministério da Saúde o aleitamento materno pode ser classificado da seguinte forma:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebe somente leite materno (direto da mama ou ordenhado), sem outra complementação de alimentos líquidos ou sólidos, a não ser gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais, ou medicamentos.
- Aleitamento Materno Predominante (AMP): além do leite materno, a criança recebe água, chás, sucos de frutas e fluidos rituais.
- Aleitamento Materno (AM): a criança recebe aleitamento materno, direto da mama ou ordenhado, independente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento Materno Complementado (AMC): a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos (papas, frutas, mingaus), com finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. A criança pode receber algum outro tipo de leite além do materno.

3.3.1 Amamentação

Enquanto a criança estiver em aleitamento materno o profissional deve avaliar a técnica de amamentação através da observação da oferta do peito da mãe à criança (se necessário pedir para a mãe que a faça durante a consulta); verificar a irritabilidade da criança; a frequência de mamadas; o esvaziamento adequado e alternância das mamas; questionar o número de fraldas molhadas por dia (o ideal é de 8 a 10); e realizar a promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses sobre livre demanda e complementado até dois anos ou mais informando os benefícios à mãe e à criança (LACERDA, 2002).

Uma boa pega garante que o bebê sugue o peito de maneira eficiente e evita que a mãe sinta dor ao amamentar. A mãe deve escolher uma posição (pode ser sentada, recostada ou deitada) e levar o bebê em direção a mama, apoiado-a com a mão, colocando o polegar logo acima da aréola e os outros dedos e toda a palma da mão debaixo da mama formando a letra C, para que o lactente possa abocanhar o mamilo e boa parte da aréola. O bebê deve estar bem apoiado, com a cabeça e o corpo alinhados e a barriga encostando-se à da mãe. O queixo tocando o peito e a boca bem aberta, de frente para o mamilo (SBP, 2012).

A OMS destaca alguns pontos para identificar o posicionamento e pega adequados:

Posicionamento

- I. Rosto do bebê de frente para a mama. Nariz na altura do mamilo;
- II. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
- III. Bebê com cabeça e tronco alinhados;
- IV. Bebê bem apoiado

Pega

- I. Mais aréola visível na parte superior da boca do bebê;
- II. Boca bem aberta;
- III. Lábios virados para fora (“boca de peixe”);
- IV. Queixo tocando a mama.

A mãe deve ser orientada caso algum dos passos não esteja sendo realizado de maneira correta e ainda, se o bebê apresentar bochechas encovadas, fizer ruídos com a língua e se houver dor durante a amamentação. Também se recomenda que quando as mamas estiverem muito cheias,

dificultando a pega do bebê, antes da mamada a mãe deve retirar manualmente um pouco de leite e que caso haja a necessidade de tirar o mamilo da boca do bebê este deve ser feito introduzindo apenas o dedo mindinho no canto da boca.



Figura 2. Pega correta ao amamentar



Figura 3. Retirada do mamilo com o dedo mindinho no canto da boca do bebê

Algumas complicações e dificuldades são comuns neste período, como o ingurgitamento mamário, fissuras e os mamilos invertidos, planos ou ausentes.

No ingurgitamento, as mamas ficam doloridas, quentes e inchadas. Para alívio dos sintomas a mama deve ser oferecida à criança depois de realizada massagem circular e extração de pequena parte do leite para facilitar a pega tornando a área mais amolecida (VITOLLO, 2008).

As fissuras e rachaduras comumente são ocasionadas pela pega incorreta e pelo não preparo dos mamilos ainda no período gestacional, portanto para o tratamento a mãe deve ser orientada quando às posições corretas, além de expor as áreas afetadas ao sol antes das 10h da manhã e após as 16h, deixar o leite materno atuar no local e manter os mamilos livres para que fiquem secos por mais tempo e sem sofrer o atrito de roupas e sutiã. Orientar a nutriz sobre a não utilização de óleos corporais ou cremes hidratantes no local (VITOLLO, 2008).

Nos casos em que o bico da mãe é invertido, plano ou ausente, a amamentação é possível e a nutriz deve receber um suporte maior pela dificuldade apresentada. Os exercícios de estimulação abaixo são recomendados:

- Segurar a extremidade do bico com o polegar e o indicador;
- Rodar os dedos de um lado a para outro, como se estivesse aumentando o volume de um rádio.

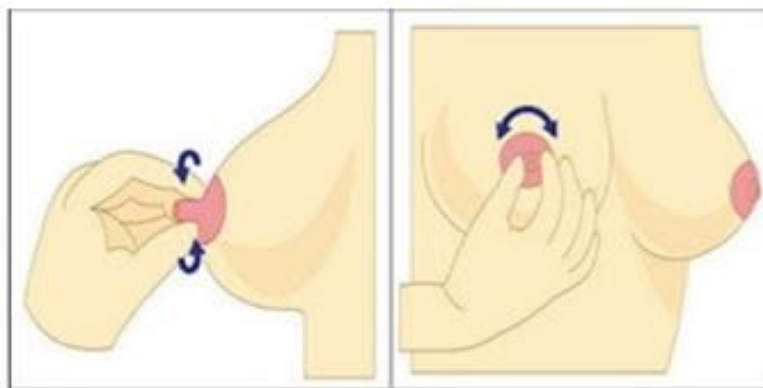


Figura 4. Massagem para mamilos planos e invertidos

3.3.2 Ordenha ou Expressão Manual do Leite

Visando a manutenção do aleitamento materno, caso a mãe precise retornar ao trabalho é importante estimular a ordenha. É o método mais útil para a retirada do leite do peito.

A ordenha também é indicada para alívio de mamas muito cheias, manutenção da produção de leite quando o bebê não suga bem, aumento do volume de leite, armazenamento para oferta na ausência da mãe e, também, para doação a um banco de leite.

Para realizar ordenha manual e guardar o leite, a nutriz deve seguir os seguintes passos (ENPACS, 2010):

- Escolher um frasco de vidro de boca larga e tampa plástica, previamente lavados e submetido à fervura por 15 minutos;
- Retirar adereços (como anéis e pulseiras), cobrir o cabelo com touca ou lenço e a boca com máscara/lenço/pano;
- Lavar as mãos com água e sabão até a altura dos cotovelos e as mamas apenas com água limpa secando com toalha limpa ou papel-toalha;
- Escolher um lugar confortável, limpo e tranquilo.

Para retirar o leite (ordenha/expressão manual):

- Massagear as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da aréola para o corpo;
- Colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola e os dedos indicador e médio abaixo da aréola;
- Apertar o polegar contra os outros dedos e empurrar para trás em direção ao corpo até sair o leite, pressionando e soltando. A técnica correta não deve provocar dor;
- Desprezar os primeiros jatos ou gotas;
- Colher o leite no frasco, colocando-o debaixo da aréola;
- Mudar a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas.
- Alternar a mama quando o fluxo de leite diminuir repetindo a massagem e ciclo;
- Fechar bem o frasco ao fim da coleta.



Figura 5. Ordenha manual

O frasco com o leite deve ser armazenado na posição vertical pode ser conservado por até 12 horas na geladeira e por no máximo 15 dias no congelador ou freezer. A oferta à criança deve ser preferencialmente em copo, xícara ou

colher. Apenas a quantidade que o bebê irá consumir de leite deve ser amornada em banho-maria (água quente em fogo desligado) agitando o frasco lentamente para misturar bem o leite até que não reste nenhuma pedra de gelo para evitar que seus fatores de proteção sejam perdidos.

Para as mães sem intercorrências na amamentação e com boa produção de leite, pode ser sugerida a doação aos Bancos de Leite Humano (BLH), explicando a importância e o benefício que ela trará para os bebês que se encontram em UTI Neonatais, pois ao receber o leite materno, esses bebês têm mais chances de recuperação e também de viver com qualidade se a alimentação for exclusiva de leite humano.

3.3.3 Práticas Alimentares Maternas Durante a Amamentação

Para uma boa produção de leite a mãe deve ter uma alimentação saudável, dieta variada, com presença de frutas e hortaliças. A princípio não há contra-indicação de alimentos. A ingestão deve ser de no mínimo 4 copos de água por dia esclarecendo que essa ingestão seja de água pura. O consumo de álcool e o tabagismo não são recomendados durante a amamentação, no caso do da bebida alcoólica havendo o consumo em alguma ocasião especial a mãe deve ser orientada a não dar de mamar dentro de 2h após ingestão. Aconselha-se a nutriz que não ultrapasse 3 xícaras (100 ml) diárias de café, pois a ingestão excessiva pode provocar insônia e irritabilidade no bebê. O consumo de peixe deve ser incentivado para garantir os níveis de ácidos graxos ômega-3 e vitamina A no leite materno, proporcionando substratos para o desenvolvimento do sistema nervoso e da retina do lactente (VITOLLO, 2008).

3.4 CAPÍTULO 4 - ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Alimentação complementar é definida como a alimentação no período em que outros alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno (OMS, 1998). A sua introdução deve ser a partir dos seis meses, pois a oferta precoce de alimentos pode diminuir a ingestão de leite materno, provocando a queda no consumo dos fatores de proteção contidos no leite.

A papa salgada deve desde o início conter pelo menos dois tipos de vegetais, tubérculos ou cereais, leguminosas e carnes. Não pode ser liquidificada nem peneirada e sim amassada com garfo. Os alimentos não devem ser misturados para que a criança conheça o sabor de cada um (MONTE e GIUGLIANI, 2004; VITOLO, 2008). É interessante seguir o esquema apresentado no quadro abaixo para crianças amamentadas:

Quadro 3. Textura, frequência e quantidade da refeição complementar de acordo com a idade.

| Idade | Textura | Frequência | Quantidade a cada refeição |
|---|---------------------------------------|---|---|
| Início da alimentação complementar a partir dos 6 meses | Papa pastosa, alimentos bem amassados | 1 vez ao dia + amamentação Frequente | Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa, aumentando gradativamente |
| A partir dos 7 meses | Alimentos amassados | 2 vezes ao dia + amamentação | Aumentar gradativamente até |

| | | | |
|---------------|--|------------------------------|--------------------------------------|
| | | Frequente | 2/3 de uma xícara ou tigela de 250ml |
| 9 a 11 meses | Alimentos bem cortados ou amassados, se necessário | 2 vezes ao dia + amamentação | ¾ de uma xícara ou tigela de 250 ml |
| 12 a 24 meses | Alimentos bem cortados ou amassados, se necessário | 2 vezes ao dia + amamentação | Uma xícara ou tigela de 250 ml |

Fonte: Ministério da Saúde, 2010

O esquema alimentar para crianças amamentadas e não amamentadas é diferente. No primeiro caso, deve ser oferecida além da água e leite materno:

- Após completar 6 meses – duas papas de fruta e uma papa salgada;
- Após completar 7 meses – duas papas de fruta e duas papas salgadas;
- Após completar 8 meses – duas papas de fruta e duas refeições salgadas (A criança já pode receber alimentos preparados para a família desde que amassados, sem conter temperos fortes ou industrializados, excesso de sal e ou de óleo);
- 12 meses – duas frutas e duas refeições salgadas, além de uma refeição ao acordar, contendo, cereal ou tubérculo.

No segundo caso, a alimentação láctea deve ser mantida até os quatro meses, quando ocorre a introdução da alimentação e nesse período deve ser ofertado além da água:

- De 4 a 8 meses – duas papas de fruta e duas papas salgadas, além de duas refeições lácteas, respeitando a aceitação da criança.
- Após completar 8 meses – duas frutas, duas refeições salgadas com alimentos da família, duas refeições contendo leite.
- Após completar 12 meses - duas frutas e duas refeições salgadas, além de uma refeição ao acordar, contendo, leite e cereal ou tubérculo.

Os horários de alimentação devem ser respeitados, assim como a quantidade aceita pela criança, nos intervalos o ideal é não oferecer outros alimentos (nem leite materno). Os pais devem ofertar alimentos variados, saudáveis e em porções adequadas e permitir que a criança escolha o que e quanto quer comer. Deve-se estimular que as refeições sejam realizadas em família e à mesa ou em cadeira própria para bebês, em ambiente calmo e agradável, sem distração (VITOLLO, 2008; ENPACS, 2010).

Os alimentos sólidos podem ser segurados com a mão ou oferecidos no prato, com colher pequena, estreita e rasa e os líquidos em copo ou xícara, de preferência de plástico inquebrável. A mãe ou cuidador deve ser orientado a introduzir gradativamente alimentos novos, de preferência um por dia e oferecer o mesmo alimento de 8 a 10 vezes para verificar sua aceitação.

O Guia alimentar para Crianças Menores de 2 anos (2002) apresenta os “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos”:

- Passo 1: Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
- Passo 2: A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.

- Passo 3: Após 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.
- Passo 4: A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.
- Passo 5: A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; deve-se começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até se chegar à alimentação da família.
- Passo 6: Oferecer à criança diferentes alimentos ao longo do dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- Passo 7: Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- Passo 8: Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
- Passo 9: Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
- Passo 10: Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando a sua aceitação.

3.5 CAPÍTULO 5 - ALEITAMENTO ARTIFICIAL

As fórmulas lácteas são indicadas para substituição do leite materno, no caso em que a amamentação não é recomendada como, por exemplo, mães

portadoras do vírus HIV, HTLV-1 e HTLV-2, crianças adotadas e para mães que não podem ou até mesmo não querem amamentar e como complementação se a produção de leite da nutriz for comprovadamente insuficiente. Também só deve ser recomendado caso a criança já esteja em aleitamento artificial e não seja possível a relactação e quando a oferta de leite humano pasteurizado proveniente do Banco de Leite Humano (BLH), não for disponível. Entretanto nenhuma fórmula consegue preencher todos os requisitos e alcançar os benefícios do leite materno (EUCLYDES, 2005).

Segundo resolução RDC n. 43/2011 da ANVISA, fórmula infantil para lactentes é o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado sob prescrição, especialmente fabricado para satisfazer, por si só, as necessidades nutricionais dos lactentes sadios durante os primeiros seis meses de vida (5 meses e 29 dias). E, de acordo com a Resolução RDC n. 44 de 19 de setembro de 2011, também da ANVISA, fórmula infantil de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância é o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado quando indicado, para lactentes sadios a partir do sexto mês de vida até doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias) e para crianças de primeira infância (de 12 a 36 meses) sadias, constituindo-se o principal elemento líquido de uma dieta progressivamente diversificada.

É recomendado evitar o leite de vaca primeiro ano de vida em razão do pobre teor e baixa disponibilidade de ferro (predispondo anemia) e pelo risco maior de desenvolvimento de alergia alimentar, seu consumo precoce também está ligado à predisposição futura para excesso de peso. Caso seja consumido, o leite deve ser integral e diluído da seguinte maneira:

Quadro 4. Reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses

| |
|--|
| Leite em pó integral: |
| 1 colher de sobremesa rasa para 100ml de água fervida |
| 1 ½ colher de sobremesa rasa para 150ml de água fervida |
| 2 colheres de sobremesa rasas para 200ml de água fervida |
| Preparo: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária. |
| Leite integral fluido: |
| 2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida |
| 70ml de leite + 30 ml de água = 100ml |
| 100ml de leite + 50 ml de água = 150ml |
| 130ml de leite + 70 ml de água = 200ml |

Fonte: Ministério da Saúde, 2009

Durante a consulta ambulatorial, segundo Lacerda (2002) profissional deve:

- Perguntar a duração do aleitamento materno;
- Se possível, promover a relactação e em caso positivo buscar auxílio da enfermagem ou de BLH;
- Observar o tipo de leite usado, número e volume das mamadeiras, além da diluição e se a técnica de preparo pelo responsável está correta;
- Instruir a mãe ou cuidador quanto ao preparo adequado do leite;
- Verificar as condições de higiene;
- Observar o consumo de outros alimentos (tipo, início da introdução, consistência);
- Conferir a ingestão hídrica;

- Obter o padrão alimentar da criança por meio de recordatório e frequência alimentar.
- Observar quais são os critérios da mãe para a seleção do tipo de leite ou fórmula láctea (renda e local de moradia da família - urbana ou rural; acesso ao produto; condição de conservação; idade; maturidade e saúde da criança).

A capacidade gástrica da criança é limitada (30-40ml/kg de peso), por tal motivo, nos primeiros meses de vida o fracionamento das refeições é maior, progredindo de maneira decrescente com o passar do tempo (GIUGLIANI, 2000; VITOLO, 2008).

Quadro 5. Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida para crianças que não podem ser amamentadas

| Idade | Volume diário | Numero de refeições |
|-------------------------|---------------|---------------------|
| Do nascimento a 30 dias | 60-120ml | 6 a 8 |
| 30 a 60 dias | 120-150ml | 6 a 8 |
| 2 a 3 meses | 150-180ml | 5 a 6 |
| 3 a 4 meses | 180-200ml | 4 a 5 |
| >4 meses | 180-200ml | 2 a 3 |

Fonte: ENPACS, 2010

Conhecendo a composição das fórmulas disponíveis no mercado, assim como seu preço, o nutricionista pode prescrever a opção que se encaixa melhor nas necessidades nutricionais e na realidade socioeconômica do lactente.

3.6 CAPÍTULO 6 – LEGISLAÇÃO

3.6.1 Ética Profissional

De acordo com a Lei 8.234, de 17 de setembro de 1991 é atribuição privativa do nutricionista a prescrição dietoterápica, de suplementos e complementos nutricionais e a solicitação de exames necessários ao diagnóstico nutricional.

O código de ética do nutricionista que anteriormente era regido pela Resolução n. 334/2004 do Conselho Federal de Nutricionistas foi alterado pela Resolução CFN n. 541/2014. Segundo ele o profissional deve manter sua identidade profissional, não assinando ou assumindo responsabilidade por trabalhos realizados por outros nutricionistas e nem permitindo que estes assinem trabalho por si executado. Além disso, deve fornecer informações sobre o estado nutricional dos pacientes, que estejam sob sua responsabilidade profissional, a outro nutricionista ou profissional da saúde que esteja auxiliando ou que vá prosseguir na assistência.

O nutricionista também deve ser solidário com seus colegas de profissão, assim como com os demais profissionais da saúde, sem eximir-se dos deveres e responsabilidades que o Código impõe. Se for de interesse do indivíduo ou da coletividade assistida o nutricionista tem o dever de manter as informações obtidas em sigilo.

O código de ética veta a indicação de apenas uma marca ou local para aquisição. A prescrição deve indicar as características técnicas do produto, contudo alguns exemplos podem ser dados ao paciente sem que se induza a escolha. A indicação de marca específica é aceitável apenas quando não houver

outro produto similar disponível no mercado. Tal situação deve ser explicada na prescrição dietética do paciente para demonstrar que a indicação teve caráter técnico e que o direito de escolha do cliente foi respeitado.

3.6.2 Proteção Legal ao Aleitamento Materno

Além dos diversos programas nacionais de incentivo e promoção da amamentação, medidas legais foram tomadas com o intuito de proteger legalmente o aleitamento materno.

A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), é composta por um conjunto de normas que regulam a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até 3 anos de idade. Ela busca garantir a segurança alimentar e nutricional através de medidas que visam minimizar o *marketing* abusivo e pressão das indústrias que afetam diretamente o binômio mãe-bebê, assegurando o uso apropriado desses produtos de maneira que não ocorra interferência na prática do aleitamento materno. A Lei 11.265, de 03 de janeiro de 2006 também auxilia este processo ao regulamentar a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também produtos de puericultura correspondentes.

Atualmente muitas mães também trabalham fora de casa, contudo as mesmas muitas vezes desconhecem seus direitos.

No caso de licença maternidade, a Constituição Federal de 1988 garante para todas as mulheres trabalhadoras sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) o direito a quatro meses de licença. A lei nº 11.770, de setembro

de 2008, ampliou a licença maternidade para seis meses, de forma facultativa, tanto para as trabalhadoras da esfera privada quanto para as da esfera pública a partir de incentivo fiscal às empresas. Também, é vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

Para amamentar, até que seu filho complete 6 meses, de acordo com o artigo 396 do Decreto de Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943 que aprova a CLT, a mulher tem o direito a duas pausas especiais de 30 minutos cada, durante a jornada de trabalho, não sendo confundida com os intervalos normais de repouso e alimentação, além disso pode-se negociar que a mulher chegue mais tarde ao trabalho ou saia mais cedo.

Para os pais, existe a Licença Paternidade que garante a todos os pais trabalhadores também sob o regime CLT o direito a cinco dias de licença a contar do dia do nascimento do filho.

Outras situações são contempladas por leis de proteção à maternidade, como no caso de estudantes (Lei nº 6.202, de 1975), mães adotivas (Lei nº 10.421, de 2002), mulheres privadas de liberdade e trabalhadoras rurais.

4. CONCLUSÃO

A alimentação adequada da criança, desde o nascimento através do aleitamento materno até a introdução da alimentação complementar saudável são pontos críticos para o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança e, portanto, um componente essencial para a segurança alimentar e nutricional populacional (MONTE e GIUGLIANI, 2004). O conhecimento técnico do

profissional é essencial para correta orientação das mães e/ou cuidadores, mas para isso, é necessário que os profissionais de saúde sejam envolvidos e capazes de transmitir confiança.

É possível concluir que houve a abordagem dos assuntos necessários à prática. Para que possa efetivamente ser utilizado, este manual, ainda deve passar por validação, revisão e diagramação. É de extrema importância que seja feita a validação desse material por profissionais da área, para que sejam feitas as alterações necessárias que tragam benefícios para os profissionais e alunos que utilizarão o mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOOG, M.C.F. Educação Nutricional: passado, presente e futuro. Rev Nutr.10(1):5-19, 1997.

BRASIL. Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975.

BRASIL. Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006.

BRASIL. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Política de Saúde/Organização Pan Americana de Saúde, 2002 (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde, 2009 (Serie A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de atenção básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável - Caderno do Tutor. Brasília, 2010.

CAVALCANTI, M.L.F. A entrevista alimentar como método educativo na orientação dietoterápica de pacientes externos. Rev Paul Hosp. 1976; 24: 516-25.

Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. Outubro,2008.

EUCLYDES, M.P. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada. 3.ed. Minas Gerais: Suprema, 2005.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G. W. S. Qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(1):61-70, jan-mar, 1998.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica, J Ped., Rio de Janeiro, 76(3): S238- 252, 2000.

LACERDA, E.M.A.; ACCIOLY, E.; FARIA, I.G.; COSTA, V.M. Práticas de Nutrição Pediátrica. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

MANCUSO, A.M.C; TONACIO, L.V. ; DA SILVA, E.R.; VIEIRA, V.L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

MARIN, T.; BERTON, P.; SANTO, E.R.K.L. Educação nutricional e alimentar: por uma correta formação dos hábitos alimentares. Revista F@pciência Apucarana – PR, v.3, p.72– 78, 2009.

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J Pediatr Rio de Janeiro, 80(5):S131-S141, 2004.

RAMOS, M.N.P. COMUNICAÇÃO E SAÚDE EM CONTEXTO MULTICULTURAL IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. 28 a 30 de maio de 2008. Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3ª. ed., 148 p. Rio de Janeiro:SBP, 2012.

VILLELA, N.B., ROCHA, R. Manual básico para atendimento ambulatorial em nutrição. 2ª ed. 120 p. Salvador: EDUFBA, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development*. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Geneva: WHO/NUT, 1998.